

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
GRUPO EMPRESARIAL STCT S.A.		1792169151001	161321
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
		PICHINCHA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	CALLE
		EL BATAN	AV. ELOY ALFARO
			NÚMERO
			44-406
INTERSECCIÓN/MANZANA	DE LAS HIGUERAS	CONJUNTO	
EDIFICIO/C.C.	50 METROS DE GAMAVISION	BLOQUE	
NÚMERO DE OFICINA	3ER P	KM	
REFERENCIA UBICACIÓN	EL BATAN	CAMINO	
CASILLERO POSTAL		TELEFONO 1	2452652
CORREO ELECTRÓNICO 1	antorres@tvcable.com.ec	TELEFONO 2	6002400
CORREO ELECTRÓNICO 2	mfernandez@tvcable.com.ec	CELULAR	0999211692
SITIO WEB	grupotvcable.com.ec	FAX	6002483

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	PICHINCHA	CANTON	QUITO
-----------	-----------	--------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	SCHWARTZ REBINOVICH JORGE BENITO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1708461486
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	PRESIDENTE EJECUTIVO	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	8/26/16 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA	MONTESERRIN	BARRIO	EL BATAN
CALLE	AV. ELOY ALFARO	NÚMERO	N44-406
INTERSECCIÓN/MANZANA	DE LAS HIGUERAS	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	
NÚMERO DE OFICINA		KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	EL BATAN
CORREO ELECTRÓNICO	corp@tvcable.com.ec	TELEFONO	026002400
		CELULAR	099828164

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, esta Institución aplique las sanciones de ley.

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA COMPAÑÍA

ES PROVEEDORA DE BIENES O SERVICIOS DEL ESTADO	SI	NO	X
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	X

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, esta Institución aplique las sanciones de ley.